

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ESTRATEGIA DE
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES DEL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD ANDRÉS ARAUJO MORÁN-TUMBES,
2015-2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y
COMUNITARIA**

VILMA VANESA ARELLANO CORDOVA

**Callao - 2018
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Vilma Arellano', with a circular mark at the end.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	8
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	12
2.3 Definición de Términos	25
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	26
3.1 Recolección de Datos	26
3.2 Experiencia Profesional	26
3.3 Procesos Realizados del Informe	29
IV. RESULTADOS	32
V. CONCLUSIONES	36
VI. RECOMENDACIONES	37
VII. REFERENCIALES	38
ANEXOS	41

INTRODUCCIÓN

Hoy en día las enfermedades no transmisibles representan el 60% de todas las defunciones previstas en todo el mundo, es decir, se calcula que 35 millones de personas fallecieron a consecuencia de enfermedades no transmisibles (1). En torno al 80% de las muertes por enfermedades no transmisibles se produce en países de ingresos bajos y medianos.

constituyen un problema de salud pública en el mundo, y su mayor prevalencia es en la población adulta, situación en la que están inmersos los países en vías de desarrollo como el Perú; donde el cambio de nuestra pirámide poblacional, los cambios en el estilo de vida de la población consecuencia del modernismo y el avance han influenciado en los hábitos de consumo, ambientes laborales y psíquicos dando lugar al rápido incremento en la morbilidad por daños no transmisibles como: el cáncer, la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades del sistema cardiovascular y ceguera.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles, establecida el 27 de Julio de 2004 con RM N° 771-2004/MINSA tiene como objetivo principal fortalecer las acciones de prevención y control de los daños no transmisibles, llevadas en forma interinstitucional e intersectorial, con recursos técnicos posibles que facilite la prevención y atención de la salud de las personas en el País, en el marco de la Atención Integral de Salud.

El presente informe profesional tiene como finalidad presentar la experiencia laboral como enfermera en la prevención de las enfermedades no transmisibles en el Centro de Salud Andrés Araujo Moran de la Dirección regional de Salud de Tumbes, entre los años 2016 al 2017, en la población adscrita al Seguro Integral de Salud (SIS).

El informe contiene 4 capítulos. En donde uno de ellos narra la experiencia como enfermera en la prevención y control de enfermedades no transmisibles para posteriormente presentar resultados de las actividades realizadas durante el periodo descrito y finalmente presentar las conclusiones de la intervención y las recomendación para mejorar cada día la temática de la prevención y promoción de la salud. Esperando que el presente documento sirva de referencia y motive a las profesionales de enfermería a desarrollarse en esta área.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

Las enfermedades no transmisibles (ENT) representan uno de los mayores desafíos del siglo XXI para la salud y el desarrollo, tanto por el sufrimiento humano que provocan como por los perjuicios que ocasionan en el entramado socioeconómico de los países, sobre todo de los de ingresos bajos y medianos. Ningún gobierno puede permitirse pasar por alto el aumento de la carga de las ENT. Si no se adoptan medidas basadas en datos probatorios, el costo humano, social y económico de las ENT no cesará de crecer y superará la capacidad de los países para afrontarlo. (1)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) Las consecuencias humanas, sociales y económicas de las ENT se dejan sentir en todos los países. Reducir la carga mundial de ENT es una prioridad absoluta y una condición necesaria para un desarrollo sostenible. Las ENT son la principal causa de muerte en el mundo entero, habiendo causado 38 millones (el 68%) de los 56 millones de defunciones registradas en 2012. Más del 40% de ellas (16 millones) fueron muertes prematuras ocurridas antes de los 70 años de edad. Casi las tres cuartas partes de todas las defunciones por ENT (28 millones) y la mayoría de los fallecimientos prematuros (el 82%) se produjeron en países de ingresos bajos y medios. (1)

El número de defunciones por ENT se puede reducir significativamente mediante políticas gubernamentales orientadas a restringir el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, las dietas malsanas y la inactividad física, y proporcionar cobertura sanitaria universal. Por ejemplo, en el Brasil, la tasa de mortalidad

por ENT está disminuyendo un 1,8% por año, debido en parte a la ampliación de la atención primaria de salud. (2)

En Latinoamérica según el estudio de la Carga Mundial de Morbilidad (GBD) 2015, se estimó la distribución de defunciones en las distintas regiones, las Enfermedades No Transmisibles (ENT) ocuparon el primer lugar, entre las causas de muerte, en los países desarrollados y en muchos países en desarrollo. Tres de cada cuatro fallecimientos registrados en los países desarrollados obedecen a enfermedades cardiovasculares (ECV), cáncer, accidentes u otras causas violentas. Asimismo, las ENT superan ya en muchos países en desarrollo a las enfermedades infecciosas.

Hay amplio consenso en el sentido de que las ENT son la causa principal de mortalidad y discapacidad prematuras en la gran mayoría de los países de la Región de las Américas. Hasta la edad de 70 años, las ENT representan 44,1% de las defunciones masculinas y 44,7% de las femeninas; las lesiones causan 23,3% y 30,1% de los fallecimientos de los hombres y las mujeres, respectivamente. La fuerza laboral de la mayoría de los países se ve afectada por enfermedades y factores de riesgo que, en gran medida, pueden prevenirse. (2)

En el Perú en los años 80, las enfermedades transmisibles y ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal ocupaban los primeros lugares. En los años 90 los Daños No Transmisibles como los accidentes cerebro vasculares ya se evidenciaban entre las 10 primeras causas de muerte. En el año 2000 las enfermedades no transmisibles están dentro de las 5 primeras causas de mortalidad. El grupo de las enfermedades cerebro-vasculares, que incluye las hemorragias e infartos cerebrales, oclusiones y estenosis de las arterias cerebrales, ocupa el primer lugar como causa de muerte

entre las enfermedades del sistema circulatorio y el segundo a nivel general. (3)

La Hipertensión arterial no tiene la misma relevancia que las dos anteriores en la estructura de mortalidad, sin embargo la elevada prevalencia de la misma, constituye un problema importante de morbilidad y de riesgo para otras enfermedades del sistema circulatorio como las cerebro-vasculares y las isquémicas del corazón. La prevalencia de HTA en estudios transversales en diferentes grupos poblacionales es muy variada, desde cifras pequeñas como 1.2%, hasta 33.0%. En general se observa una tendencia a mayor prevalencia de HTA en ciudades de la costa; estas varían alrededor de 20%, En la Selva la prevalencia de HTA varia alrededor de 16%, mientras que en la sierra, se encuentra alrededor de 10%. LA Oficina General de Epidemiología-OGE encontró una prevalencia de 17% en hombres y 9% en mujeres en un estudio en 6 ciudades del país entre 1998-2000. Otro estudio realizado por la Sociedad Peruana de Cardiología en la ciudad de Lima en Febrero del 2016, (resultados no publicados), muestra una prevalencia de HTA del 23%, con una diferencia de 26 y 20% en hombres y mujeres respectivamente. (3)

La Diabetes es otro problema de Salud Pública del país. Esta ha ido adquiriendo mayor importancia en las últimas décadas. Si bien en el año 2000 ocupaba el decimoquinto lugar como causa de mortalidad, en las provincias con menor porcentaje de hogares en situación de pobreza ocupaba el quinto. Se estima que la prevalencia de diabetes se encuentra alrededor de 6% en población adulta, lo que significa que, existiría en el país un millón de personas afectadas por esta enfermedad. (20)

La obesidad es una condición que tiene importancia en el origen y complicaciones de muchas enfermedades crónicas (HTA, Dislipidemia, enfermedad cardiovascular y diabetes). En el último congreso de la Sociedad Internacional, en el Perú la prevalencia es de 40% de sobre peso y el 12% de .obesidad, estudio en familias nucleares en 6 ciudades. de Perú, realizado por OGE encontró la prevalencia de obesidad de 24% en mujeres y de 16% en hombres con una prevalencia de sobrepeso de 39 y 44% en estos grupos respectivamente. (5)

El Perú no es ajeno a la importancia que han tomado las enfermedades No transmisibles como causa de muerte y de Discapacidad, así mismo los estudios de investigación realizados muestran la importancia de los daños no transmisibles en los estratos pobres de la población.

La prevalencia de factores de riesgo como la obesidad, dislipidemias, hiperglicemia, hipertensión arterial, estilos de vida no adecuados implica la necesidad de plantear estrategias desde el Ministerio de Salud que articulen los diferentes sectores involucrados para la reducción y el control de los mismos.

1.2. Objetivo

Describir la intervención de enfermería en la Prevención de las Enfermedades no Transmisibles en el Centro de Salud Andrés Araujo Moran de la Dirección Regional de Salud de Tumbes, entre los años 2016 al 2017.

1.3. Justificación

El trabajo pretende contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad por daños no transmisibles, ya que son la principal causa de muerte en el mundo; para lograr un desarrollo sostenible mediante políticas gubernamentales así como intervenciones dirigidas hacia la promoción de estilos de vida saludables, prevención mediante la educación, detección oportuna y control de la enfermedad.

En el informe se detallan las etapas de vida de las personas: Infancia, adolescencia, edad adulta y etapa del adulto mayor, diseñando procesos de enfermería, con la única finalidad de preservar la salud, garantizar que se adopten conductas saludables y por ende mejorar la calidad de vida de la población.

El presente informe permite conocer la situación actual de la Región y se impulse estrategias y políticas en prevención de enfermedades no transmisibles, dirigido a estudiantes de enfermería, licenciados en enfermería y especialistas en salud pública; como ente motivador para que en un futuro se desarrollen en la labor preventivo promocional.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

A Nivel Internacional

Carrasco F; Moreno M, y otros (2005), Chile, "Evaluación de un programa piloto de intervención en adultos con sobrepeso u obesidad, en riesgo de diabetes", con el objetivo de promover estilos de vida saludables en adultos con sobrepeso u obesidad en riesgo de diabetes, se seleccionaron para el estudio personas entre 18 y 45 años. el diseño de esta investigación corresponde a un estudio multicentrico, prospectivo, no controlado, en el cual participaron 4 centros e ingresaron al estudio 276 Pacientes (35 hombres y 241 mujeres) con los siguientes resultados; el 60% de los que se sometieron al programa lograron un cambio de sus hábitos de cuidado, en se requiere de la implementación de programas de seguimiento de estos pacientes en el largo plazo, para reforzar las medidas nutricionales, de promoción de actividad física y los contenidos educativos entregados en esta primera etapa (5)

Ruiz Méndez. Soledad (2009), España, "La magnitud de la diabetes mellitus tipo 2 en España", Método; Revisión bibliográfica. Teniendo en cuenta la prevalencia, incidencia, mortalidad y costos de dicha enfermedad, con el objetivo de analizar la evolución de la diabetes tipo 2, en estudios transversales, Longitudinales retrospectivos y prospectivos. La prevalencia en el 2004 era de 6.2%Yla prevalencia actual es de 10- 15%en la población adulta. Pero es preocupante que una alta proporción de diabéticos están

sin diagnosticar. Para reducir los costos asociados a las complicaciones es necesario trabajar con los grupos más vulnerables. El diagnóstico temprano y el tratamiento inicial. Ello conducirá a obtener mejor Estado de salud y calidad de vida de la población diabética lo que favorecerá el mejor uso de los recursos de salud. Para ello enfermería debe implementar medidas preventivas y estar concientizada de la importancia de nuestro rol.(6)

Menéndez Jesús y col. (2005), Panamá, Realizaron un estudio descriptivo transversal en 10891 personas de más 60 años que residían en 7 ciudades de América Latina y el Caribe: Bridgetown, Barbados; Buenos Aires, Argentina; Ciudad de la Habana, Cuba; México DF, México; Montevideo, Uruguay; Santiago, Chile, y Sao Paulo, Brasil. con el objetivo de determinar la prevalencia de la principales ENT, en la muestra predominaron las mujeres (entre 58.9 y 63.4% del total de los encuestados). Entre las ENT, las frecuencias de HTA y artrosis fueron las más elevadas con 51.7 y 41,8% respectivamente. La Diabetes Mellitus tuvo una de las frecuencias mas bajas con 16.5% (7)

Pérez López José (México 2013). Realizó un estudio con el objetivo de determinar si los adultos mayores se encuentran su presión arterial, en 272 pacientes adultos mayores con hipertensión arterial que acudían regularmente a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar N° 77 del Instituto Mexicano del Seguro Social, encontrando un promedio de edad de 69.9 años \pm 6.6 y un intervalo de 60 a 94. En relación al género 183 (67%) fueron mujeres y 89 (33%) correspondieron a hombres. El 90% de la población estudiada presenta hipertensión arterial esencial. El tiempo de evolución de la hipertensión arterial en los pacientes estudiados

varió de 1 a 25 años con una media de 12.5 ± 4.4 años. El 68% del total de los pacientes estudiados se encuentran controlados. (8)

González Martínez, Julio (México 2014). En su trabajo con el objeto de realizar un estudio prospectivo, comparativo y descriptivo, sobre la frecuencia de la hipertensión arterial. Se conformaron dos grupos de sujetos: menores de 60 años (grupo I) y mayores de 60 (grupo II). Se detectaron 150 pacientes (30%) con hipertensión arterial entre 500 sujetos mayores de 60 años; y 90 (13%) 17 en 700 individuos menores de 60 años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas durante el estudio. El 81% del grupo I y el 80% del grupo II tuvieron una respuesta favorable desde el inicio de su tratamiento hasta los cuatro meses que duró su evaluación (AU).(9)

A Nivel Nacional

Muncira Tello, Claudia. (Perú 2015). En su trabajo denominado realidad sanitaria y rol de la enfermera en la prevención de la diabetes.Lambayeque-2015 con el objeto de realizar un estudio prospectivo acerca de cómo esta la labor de la enfermera en la prevalencia de la diabetes. Llegando a los siguientes resultados, La diabetes como un problema social emergente, adquiere una extraordinaria importancia, debido a los condicionantes existentes en la realidad Lambayecana, La prevalencia e incidencia de la enfermedad es reconocida por las enfermeras como un problema de difícil solución, debido a la resistencia que genera en la población el asumir conductas alimentarias saludables, en una ciudad donde la diversidad gastronómica y las costumbres son parte del modo de vida de los pobladores, frente a esto, han asumido acciones que priorizan la educación para la salud, sin

embargo, esta actividad solo constituye una pequeña parte de su accionar diario.(4)

2.2. Marco Conceptual

Enfermedades no transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen una de las principales causas de muerte a nivel mundial. En el año 2002, representaron el 60% de todas las defunciones y el 47% de las causas de morbilidad en todo el mundo; para el año 2020 se espera que estas cifras asciendan a 73% y 60%, respectivamente. (12)(13)

Las ECNT comprenden enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, el accidente cerebro vascular, entre otros); asma, diabetes mellitus. Los principales factores de riesgo para estas enfermedades son el sobrepeso, la mala alimentación, el sedentarismo, el alcoholismo y consumo de tabaco, los cuales son modificables La importancia de la epidemia de las enfermedades crónicas no transmisibles rebasa ampliamente a la de las enfermedades infecciosas y parasitarias, y su velocidad de propagación es mayor en los países de economía emergente que en los más desarrollados. En los países de ingresos bajos y medios, los adultos mayores son especialmente vulnerables a estas enfermedades. (13)(14)

a. Enfermedades Cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son aquellas que afectan al sistema cardiovascular, es decir, corazón y vasos sanguíneos. Son consideradas un problema de salud pública por su alta prevalencia y suponen la primera causa de mortalidad y

morbilidad en los países desarrollados y su incidencia aumenta progresivamente en los países en vías de desarrollo. (17)

Hipertensión Arterial

La Hipertensión Arterial es un Síndrome, una Enfermedad y un factor de riesgo. Se trata de un Síndrome complejo genético y adquirido, con comprobadas implicaciones metabólicas, electrolíticas (Na, K, Cl) y a nivel de membrana celular, además de las múltiples teorías que tratan de explicar su fisiopatogenia.

Es el factor de riesgo más importante de la Cardiopatía Isquémica y muy especialmente del Infarto del Miocardio, también lo es de la Enfermedad Cerebro Vascular, así como de la Insuficiencia Renal y de la Insuficiencia Arterial Periférica.

Es una Enfermedad, con su historia natural típica y sus complicaciones. Es decir, es todo esto y no solo las cifras de tensión arterial elevadas.

La Hipertensión Arterial es definida como la presión arterial sistólica (PAS) de 140 mm de Hg o más (se tiene en cuenta la primera aparición de los ruidos), o una presión arterial diastólica (PAD) de 90 mm de Hg o más (se tiene en cuenta la desaparición de los ruidos), o ambas cifras inclusive. Esta definición es aplicable a adultos. En los niños están definidas según su edad. (15).

El diagnóstico de Hipertensión Arterial se hace cuando el promedio de dos o más mediciones de la presión diastólica en al menos dos visitas subsecuentes es 90 mm Hg o más, o cuando el promedio de múltiples lecturas de la presión sistólica en dos o más visitas subsecuentes es consistentemente mayor de 140 mm Hg.

Tipos de Hipertensión Arterial

Hipertensión Arterial Sistólica Aislada:

Se define como una Tensión Arterial (TA) sistólica de 140 o más y TA diastólica menor de 90 (Este tipo de HTA es muy frecuente en los Ancianos. (10)

Hipertensión Limítrofe o Límite:

Es un sub grupo caracterizado por la Guía de la OMS – SIH (Sociedad Internacional de Hipertensión) como cifras de TA 20 diastólicas mayores de 140 y menores de 149 y cifras de TA sistólicas menores de 94 y mayores de 90.

Hipertensión Arterial Esencial, Primaria, Idiopática:

Es la hipertensión sistémica de causa desconocida. Más del 95% de los casos de HTA caen en esta categoría.

Hipertensión Arterial Secundaria:

Es la hipertensión sistémica de causa conocida. Su importancia radica en que algunas de las causas pueden ser curables quirúrgicamente o con medidas específicas

Hipertensión Maligna:

Es el síndrome de marcada elevación de las cifras de TA (diastólica usualmente mayor de 120) con sintomatología variable fundamentalmente neurológica.

Hipertensión Acelerada:

Síndrome de tensión arterial muy alta acompañada de hemorragias y exudados en el fondo de ojo (Retinopatía grado 3 K –W – B)

Hipertensión Complicada:

Hipertensión en que existen pruebas de daño cardiovascular relacionado con la elevación de la tensión arterial. (16)

Enfermedad Cerebro Vascular

La enfermedad cerebro vascular (ECV) se refiere a cualquier anomalía cerebral, producto de un proceso patológico que comprometa los vasos sanguíneos. Es la patología neurológica

invalidante más prevalente de la población adulta mayor de 65 años y la tercera causa de muerte. (17)

En estudios internacionales la prevalencia es de 800/100.000 habitantes con una incidencia anual de 100- 270/100.000 y una tasa anual de mortalidad de 100/100.000 (duplicándose la tasa por edad cada 5 años de incremento).

La ECV la podemos clasificar en enfermedades vasculares encefálicas (AVE) isquémico o hemorrágicos. (17)

Ecv isquémico:

Atendiendo al perfil evolutivo temporales dividen en:

(Clasificación clínico-temporal.) (17)

- a. Ataque isquémico transitorio. (AIT): Son episodios de disminución – alteración neurológica focal de breve duración con recuperación total del paciente en menos de 24 horas, no existiendo necrosis del parénquima cerebral.
- b. Déficit neurológico isquémico reversible. (DNIR): Cuando el déficit neurológico dura más de 24 horas y desaparece en menos de cuatro semanas.
- c. Ictus establecido. El déficit neurológico focal es relativamente estable o evoluciona de manera gradual hacia la mejoría, y lleva más de 24-48 horas de evolución.
- d. Ictus progresivo o en evolución: es el que se sigue de empeoramiento de los síntomas focales durante las horas siguientes a su instauración.

Ecv hemorrágico:

- a. H. Parenquimatosa, es la mas frecuente se relaciona con HTA. Es una colección hemática dentro del parénquima encefálico producida por la rotura vascular con o sin

comunicación con los espacios subaracnoideos o el sistema ventricular. Su localización más frecuente es a nivel de los ganglios basales aunque también puede presentarse a nivel globular y tronco encefálico.(18)

- b. H. subaracnoidea. Extravasación de sangre en el espacio subaracnoideo directamente.
- c. H. Epidural. Sangre entre la duramadre y la tabla interna del cráneo.
- d. hematoma subdural. Sangre entre la aracnoides y la duramadre. Los dos últimos son de etiología traumática habitualmente. Estas distinciones tienen implicaciones clínicas, pronósticas y terapéuticas. (18)

Evaluación Clínica y Diagnostica

La ECV puede conducir a amenazar la vida con complicaciones como la obstrucción de la vía aérea y el fracaso respiratorio, problemas de deglución con el riesgo de aspiración, deshidratación y la desnutrición, complicaciones como el tromboembolismo venoso, e infecciones. (18)

La evaluación temprana permite la fórmula de un diagnóstico preciso y rápido. Como cualquier emergencia médica la primera prioridad en evaluar un paciente con sospecha de ECV es identificar y tratar cualquier complicación que amenace la vida. Una vez el paciente esté estable, aplicamos un enfoque sistemático hacia el diagnóstico. Esta evaluación inicial debe considerar si nos encontramos ante un suceso vascular. El diagnóstico depende de una historia precisa, Observamos si los síntomas neurológicos son focales, si el inicio de los síntomas ha sido súbito; lo cual nos indica una causa vascular. Pero las presentaciones pueden variar, ocasionalmente los síntomas no se localizan fácilmente, pueden ser positivos y muchos pacientes describen síntomas que

evolucionan sobre horas o días. Estas excepciones hacen el diagnóstico clínico menos seguro y deben conducir a una investigación temprana y excluir los diagnósticos alternativos que requieran un tratamiento urgente diferente como la hipoglucemia o el hematoma subdural. También hay que considerar en el contexto que ha ocurrido la ECV es infrecuente en gente joven; La falta de factores de riesgo debería hacernos más escépticos sobre un diagnóstico de ECV. El diagnóstico preciso en la fase hiperaguda (menos de 6 horas de evolución) es frecuentemente difícil porque los síntomas y las señales pueden cambiar rápidamente. La introducción de terapias agudas que son administradas dentro de esta corta fase de tiempo sugiere la importancia de un diagnóstico preciso y temprano. Cuando se alcanza el diagnóstico de ECV se evalúa cual es la parte del cerebro que se lesiona. Es importante distinguir entre una ECV hemorrágica e isquémica, desde el punto de vista de la gestión, pronóstico y prevención secundaria. En principio el sistema que utilizamos para diferenciarlos es la Tomografía Axial Computarizada (TAC), la punción lumbar puede ser útil para confirmar la hemorragia subaracnoidea.

En el TAC la sangre intracerebral aparece como un área de alta densidad en un primer momento, pero en adelante disminuye para que las lesiones aparezcan eventualmente como isodensas o hipodensas; siendo pues indistinguible de los infartos. El TAC en la fase hiperaguda de una ECV isquémica es frecuentemente normal aunque pueden haber cambios sutiles. Los infartos se ven fácilmente en el TAC después de unos días o en la fase donde pueden llegar a ser bien definidos. Un TAC temprano puede identificar con seguridad una hemorragia intracerebral, pero la distinción entre una hemorragia intracerebral primaria, y la transformación hemorrágica de un infarto es difícil. La Resonancia

Magnética Nuclear es probablemente mas sensible que el TAC para detectar la ECV, particularmente el infarto lacunar y en fosa posterior. La RMN puede ayudar a diagnosticar la hemorragia intracerebral meses o años después del suceso cuando el TAC muestra una sola área hipodensa indistinguible de un infarto. Pero el TAC permanece como la principal técnica en pacientes con ECV. (19)

b. Enfermedad Metabólica: Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus o diabetes sacarina es un trastorno crónico que se caracteriza por anomalías en el metabolismo de carbohidratos, proteínas y grasas, su denominador común es la intolerancia a la glucosa o la hiperglicemia. Generalmente en el paciente diabético su organismo no produce o no reacciona a la insulina, hormona producida por las células beta del páncreas, que es necesaria para el uso o almacenamiento de sustancias energéticas corporales. (19)

La diabetes se manifiesta cuando el cuerpo no produce la cantidad suficiente de insulina para que los valores sanguíneos de azúcar se mantengan normales, o cuando las células no responden adecuadamente a la insulina.

Entre sus principales manifestaciones clínicas se encuentran la micción excesiva (poliuria), aumento de la sed (polidipsia) y aumento del apetito (polifagia). Los valores normales de glicemia plasmática en ayunas varían de 70 -110 mg/dl (determinación por método enzimático). Los valores de sangre venosa total (sin centrifugar) o capilar en ayunas son unos 10 % más bajos que los del plasma (60-100 mg/dl); al azar o durante una tolerancia a la glucosa los valores son semejantes. (20)

Clasificación Diabetes Mellitus Tipo I

Antiguamente conocida como diabetes juvenil o diabetes mellitus insulino dependiente, esta caracterizada por la destrucción selectiva de las células beta del páncreas causando una deficiencia absoluta de insulina. Se considera que una combinación de factores genéticos, inmunitarios y posiblemente ambientales (virales) contribuye a la destrucción de dichas células. Las personas no heredan la diabetes tipo I en sí, más bien heredan una predisposición genética, o tendencia al desarrollo de ésta clase de diabetes. (20)

Diabetes Mellitus Tipo II

Es una enfermedad inmunológica caracterizada por altos niveles de glucosa en la sangre (hiperglicemia) debido a una resistencia celular a las acciones de la insulina, combinada con una deficiente secreción de insulina por el páncreas. Este tipo de diabetes representa el 95 % de la diabetes mellitas. La resistencia insulínica es la disminución de la sensibilidad por parte de los tejidos hacia la insulina. En condiciones normales, la insulina se fija a los receptores especiales de la superficie de la célula e inicia una serie de reacciones implicadas en el metabolismo de la glucosa. En este tipo de diabetes, tales reacciones intracelulares disminuyen y la insulina es menos efectiva para estimular la captación por los tejidos y para regular la liberación de glucosa por el hígado. (21)

Diabetes Mellitus Tipo III o Gestacional

Se presenta en mujeres embarazadas que nunca han tenido diabetes pero si un nivel de azúcar elevado en la sangre durante el embarazo. (21) La diabetes gestacional se caracteriza por una intolerancia a la glucosa durante el embarazo entre la 24° y 28° semana de gestación. Entre los factores de este fenómeno se encuentran los cambios hormonales que actúan en el embarazo siendo estos los que influyen de manera directa a la resistencia de la insulina.

El manejo de la diabetes gestacional es más complicado, ya que además de padecer momentáneamente la enfermedad, se encuentran embarazadas, pudiendo ocasionar complicaciones perinatales que al parto tienden a desaparecer, pero siempre queda el antecedente de diabetes que debe ser controlado seis semanas de concluido el embarazo. (22)

LA ENFERMERÍA FRENTE A LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Es importante reflexionar sobre el rol del profesional de Enfermería en este contexto, su labor ¿es curativa?, ¿que deberá hacer la enfermera frente a una sociedad que ya no es la misma de hace 10 años?, hay que analizar que las enfermedades no solo son físicas sino mentales, y que están incidiendo de manera incontrolada en la salud de las personas, teniendo como consecuencia un país menos productivo, con incremento del gasto e incertidumbre familiar. (23)

El cuidado de Enfermería es un proceso complejo que delimita las intervenciones necesarias para resolver o mitigar el problema. Estas intervenciones se encuentran en la categoría de promoción de la salud o prevención y manejo de la enfermedad. Si la persona tiene riesgo de padecer un problema específico, las intervenciones deberán abordar la prevención del riesgo, y corresponden a la categoría de protección de la salud; cuando la persona es relativamente sana pero se realizan actividades de promoción de la salud, en ámbitos de nutrición, ejercicio, sueño, moderación de los estilos de vida, control del estrés y apoyo social. (23)

En el Perú, las enfermedades de tipo social como la tuberculosis, el cáncer, y las enfermedades no transmisibles, constituyen la principal carga de enfermedad, las condiciones de vida de las personas influyen de manera explícita en la salud de las personas y, por lo tanto, en su calidad de vida. Estas enfermedades están

relacionadas a una dieta carente de los nutrientes indispensables, la inactividad física, y el contacto con carcinógenos del ambiente (24)

Como se observa, para la Enfermería es un reto frente a los cambios que experimenta la población y, por lo tanto, demanda de mayor énfasis en la mejora de aspectos relacionados con la promoción y prevención sanitaria. Por lo tanto, surge la necesidad de dar respuesta multisectorial frente a los problemas sanitarios, es por ello que quienes se encuentran en la labor docente deben y deberán formar a futuros profesionales basado en un enfoque holístico, teniendo en cuenta que el cuidado enfermero va más allá de atender a la persona enferma, porque el desarrollo de una enfermedad involucra un cambio en la interrelación de la persona con su entorno. (24)

INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCION DE LOS DAÑOS NO TRANSMISIBLES POR ETAPAS DE VIDA

En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud, la Estrategia propone efectuar acciones preventivo-promocionales dirigidas a la población mediante campañas de sensibilización, educación en salud para evitar los factores de riesgo (FR) asociados a los daños no transmisibles, como tabaquismo, consumo excesivo e inapropiado de alcohol, inactividad física, obesidad, perfil lipídico alterado y dieta inadecuada. (4)

Estos factores de riesgos son comunes a varias de estas enfermedades no transmisibles, así mismo son modificables y vulnerables a estrategias de intervención educativa en salud, que con el uso de folletos, trípticos y medios de comunicación se plantea intervenir fortaleciendo los factores protectores. Así mismo tratar de conseguir un ambiente físico y social saludable para los niños y los adolescentes en donde puedan disfrutar de actividades

educativas y de servicios acorde a sus necesidades con la participación de la familia y la comunidad. Finalmente se propone el mejoramiento de la atención de los daños no transmisibles por etapa de vida en los servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización mediante una normatividad adecuada, capacitación de los recursos humanos y asistencia técnica. (8)

IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA

La filosofía del ejercicio es el estudio de lo que sucede en el cuerpo cuando se ejercita en un momento dado, como se producen los cambios de función, como estos cambios desaparecen o pasan y finalmente que se puede hacer para mejorar las respuestas del cuerpo al ejercicio y sus adaptaciones al estrés (choque, estímulo), lo anterior es planteado por Lamb, 1978, y se complementa con lo planteado por Wilmore & Costill, 1999, que dicen que la fisiología del esfuerzo ha facilitado el conocimiento esencial para muchas otras áreas, tales como la educación física, la Aptitud Física y la Promoción de la Salud. La filosofía se preocupa de estudiar la función del cuerpo, cómo funciona el sistema orgánico, tejidos y células y como se integran para sus funciones a fin de regularizar el ambiente interno.

En otras palabras se puede decir que la fisiología del ejercicio, se preocupa del funcionamiento de los órganos del cuerpo cuando son sometidos a actividad física prolongada y su respuesta ante ella, y en la medida que el organismo es exigido a explotar sus funciones, en la misma medida dicho funcionamiento se hace más eficiente, mejorando la aptitud física y contribuyendo a la salud, pues reduce el riesgo de adquirir enfermedades. (4)

La asociación de medicina, define aptitud física como: "la capacidad general de adaptarse y responder favorablemente al esfuerzo físico". Esto quiere decir, que el individuo se considera

físicamente apto cuando puede realizar sus tareas físicas diarias normales, al igual que inesperadas, sin peligro o fatiga excesiva y con energía sobrante para disfrutar de sus ratos libres y de actividades recreativas, planteamiento hecho por Hoeger, Ibarra, 1996.

Hoeger y otros en 1996 plantearon que los beneficios que se obtienen por la participación regular en programas de acondicionamiento físico y bienestar general son muchos. Además de una larga vida, el beneficio más importante es el ascenso en la calidad de vida. Las personas con buena aptitud física que además practican sanos patrones de vida generalmente, son más saludables y viven mejor, coincidiendo con lo afirmado en el párrafo anterior.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD NO LA PENDER: MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD (1996)

El modelo de promoción de Nola Pender identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de las determinantes de la salud de tal manera que permitan plantear las líneas de acción considerando que el modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable su filosofía dice.

“Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente

enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro” (7)

LA CONCEPCIÓN DE LA SALUD EN LA PERSPECTIVA DE

PENDER: Parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida, donde la definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

(7)

Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud (7)

2.3. Definición de Términos

Enfermedades No Transmisibles

Los Daños No Transmisibles son definidos como: "enfermedades de etiología incierta, habitualmente multicausales, con largos períodos de incubación o latencia; largos períodos subclínicos y clínicos, con frecuencia episódicos; sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo"(CDS). (3)

Promoción de la Salud

Referido a la construcción de una cultura de salud mediante comportamientos y entornos saludables en la población a través del compromiso compartido del cuidado de la salud y como expresión del derecho a la misma. La generación de políticas públicas saludables relacionadas a los Daños No Transmisibles, el fortalecimiento de la participación social en salud, la reorientación de los servicios y el desarrollo de actitudes que contribuyen con este propósito. (3)

Educación para la Salud

Es considerada una de las principales actividades de la enfermera, se configura como parte de su rol en el primer nivel de atención, debiendo desarrollar educación para la salud con la persona, familia, comunidad, centros de estudio y de trabajo para motivarles y concientizarles sobre la importancia de cambios de conducta que están afectando su salud y la importancia de seguir estilos de vida saludables teniendo en cuenta sus recursos económicos y respetando su cultura. (3)

III. EXPERIENCIA LABORAL

3.1. Recolección de Datos

Para la recolección de datos y sustento del presente informe de experiencia laboral, se han recolectado información relevante obtenida de:

- Estadística de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles en la localidad remitidos por la dirección regional de salud de tumbes.
- Lineamientos de la estrategia regional de prevención de daños no transmisibles.
- Reporte de avances y resultados del programa de trabajo.
- Producción mensual de las atenciones y actividades de enfermería en el sistema de registro diario de atención y otras actividades de salud HIS .
- Registro de atenciones diarias en el padrón nominal de pacientes con diabetes e hipertensión identificados.
- Historias clínicas de los pacientes atendidos.
- Se exporto la base de datos a un Excel y se construyó los gráficos.

3.2. Experiencia Profesional

Mi experiencia profesional como enfermera en salud publica comenzó en el año 2009 en el que realice el SERUMS, ya son 8 años de forma ininterrumpida que vengo laborando en el Centro de Salud Andrés Araujo de la Dirección Regional de salud de Tumbes. La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles, establecida el 27 de Julio de 2004 con RM N° 771-2004/MINSA tiene como objetivo principal fortalecer las acciones de prevención y control de los daños no transmisibles, llevadas en forma interinstitucional e intersectorial, con recursos

técnicos posibles que facilite la prevención y atención de la salud de las personas en el País, en el marco de la Atención Integral de Salud.

Actualmente me desempeño como responsable de la estrategia sanitaria de prevención y control de daños no transmisibles del centro de salud Andrés Araujo Moran desde enero del 2016; contando con un equipo multidisciplinario de 11 profesionales los cuales son: 1 medico, 4 enfermeras, 1 psicólogo, 1 nutricionista, 2 técnicos de enfermería, técnico en laboratorio clínico y un técnico administrativo SIS, así mismo para poder desempeñarme como enfermera en salud pública, al igual que mis colegas y demás profesionales la Dirección Regional de Salud de Tumbes nos proporciona de los recursos e insumos necesarios para el adecuado funcionamiento, así como la capacitación constante aprendiendo a identificar los factores de riesgo que predisponen a las personas a desarrollar enfermedades no transmisibles, realizando tamizajes de glucosa, colesterol y triglicéridos a personas con factores de riesgo a partir de los 17 años, así como también la aplicación e interpretación del test (FINDRISC) instrumento sencillo, útil y válido para detectar riesgo de desarrollar Diabetes tipo2, y de identificar personas con diabetes no conocidos, además se realizar actividades de educación para la salud a pacientes con diagnóstico de alguna de las patologías de no transmisibles y a sus familiares, para mantener un adecuado control y seguimiento de cada uno de ellos. El centro de salud tiene una población objetivo de 29,867 habitantes, distribuidos en 22 sectores, de los cuales se viene brindando actividades preventivas promocionales en beneficio de toda la población, de acuerdo a lo establecido en el plan nacional de la estrategia sanitaria a través de:

- Promover la participación de la municipalidad delegada y de la sociedad civil para la generación de estrategias en la Prevención y Control de los Daños No Transmisibles.
- Identificar la población en riesgo para los Daños No Transmisibles mediante la detección de sus factores de riesgo en la población general
- Promover la Atención Integral de los Daños No Transmisibles desde prevención, detección precoz, tratamiento y recuperación por ciclos de vida mediante la normatividad específica para cada Daño, adecuadas a las características de cada región sector.
- Fortalecer la organización de los servicios de salud con énfasis en el primer nivel de atención priorizando los escenarios epidemiológicos, mediante la capacitación de recursos humanos.
- Optimizar el Sistema de Registro de los Daños No Transmisibles e impulsar el establecimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
- Promover el financiamiento para la implementación de los Programas de Prevención y Control de los Daños No Transmisibles.
- Promover la investigación de los daños no transmisibles a fin de establecer los escenarios epidemiológicos y formular estrategias de intervención.
- Establecer Programas de capacitación en las diferentes modalidades con temas relacionados a la Atención Integral y manejo de los factores de riesgos para los Daños No Transmisibles

Cada mes se reporta un informe a la coordinación regional de la estrategia de Prevención y Control de Daños No Transmisibles las actividades ejecutadas de acuerdo a las metas establecidas en plan nacional de la estrategia, y estos a su vez son reportados a la sede central del ministerio de salud MINSA para su difusión.

3.3. Procesos Realizados del Informe

Como enfermera encargada de las actividades de la estrategia de prevención y control de daños no trasmisibles mis acciones están establecidas en los lineamientos de políticas y estrategias para la prevención y control de enfermedades no transmisibles, aprobada con RM Nª 229-2016-MINSA. Dentro de los procesos de enfermería desarrollamos las siguientes intervenciones:

PLANIFICACION:

Elaboro el plan anual de las actividades de la estrategia de prevención y control de DNT.

Elaboro el plan en el área de desarrollo de competencias (capacitaciones).

Estructuro y socializo el flujo de manejo de casos diagnosticados (Diabetes, HTA, dislipidemia) en el Centro de Salud.

Una vez que el plan anual está aprobado,

COORDINACIÓN:

Se solicita los requerimientos en cuantos insumos para los tamizajes de glucosa, colesterol y triglicéridos así como medicamentos para la diabetes mellitus e hipertensión arterial la Dirección Regional de Salud Tumbes.

Fomento de la participación intersectorial e interinstitucional en la gestión de los cuidados de la salud de la población, buscando

aliados estratégicos como municipalidades, agentes comunitarios y promotores de salud. La Municipalidad es nuestro aliado estratégico ya que fomenta la actividad física en la jurisdicción de Andrés Araujo Moran durante dos horas los días viernes.

ORGANIZACIÓN:

Se realiza el registro de las actividades en los instrumentos que proporciona la DIRESA TUMBES.

Se recopila los datos de la Historia Clínica del Paciente así como del sistema de Información HIS. Con la finalidad de conocer cuál es la población a la que van a estar dirigidas nuestras actividades.

Se convoca al equipo multidisciplinario para realizar las capacitaciones.

Socializo las actividades que se realiza con el paciente que acude al establecimiento, así como de los pacientes que encontramos en las actividades extramurales. Determinando las funciones cada integrante del equipo multidisciplinario.

Se organizan los equipos de salud a los cuales se les asigna sectores ubicados a lo largo de toda la jurisdicción con la finalidad de realizar actividades extramurales e identificar factores de riesgo.

EJECUCION:

Realizo visitas domiciliarias para vigilar la salud, controlar enfermedades; y así mismo brindar consejería integral.

Capacitamos a la persona, familia y comunidad para que asuma conductas responsables en el cuidado de su salud.

Educación en instituciones educativas dirigidas a docentes, padres de familia y alumnos acerca de los estilos de vida saludables como: evitar el sedentarismo, eliminar el alcohol y tabaco, mejorar hábitos alimenticios, disminuir el sobrepeso y obesidad, promover la actividad física, según el Modelo de Promoción de la salud.

Intervención aplicando la ficha diagnóstico que permite identificar el nivel de conocimiento de las enfermedades no transmisibles a las personas a partir de los 05 años, teniendo como meta anual 808 personas.

EJECUCIÓN:

Realizo tamizaje laboratorial de glucosa, colesterol y triglicéridos a personas con factores de riesgo a partir de los 17 años, teniendo como meta anual 480 personas tamizadas.

Se realizan anualmente 04 campañas de salud de sensibilización en forma trimestral.

Se detecta sobrepeso/obesidad como factor de riesgo para las enfermedades cardio metabólicas y tumorales mediante la medición del índice de masa corporal IMC, para un tratamiento oportuno.

MONITOREO:

Se realiza midiendo los avances del plan anual, si estos se van ejecutando de manera adecuada y oportuna.

A nivel regional las evaluaciones se realizan dos veces al año para determinar el avance de coberturas.

IV. RESULTADOS

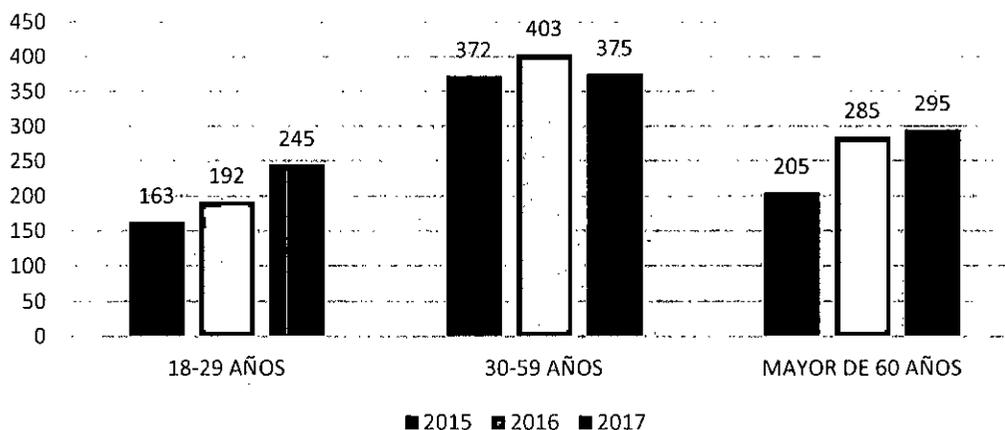
**CUADRO N° 4.1
PERSONAS CON FICHA DE VALORACION CLINICA Y TAMIZAJE
LABORATORIAL**

GRUPO ETAREO	2015	2016	2017
18-29 AÑOS	163	192	245
30-59 AÑOS	372	403	375
MAYOR DE 60 AÑOS	205	285	295
TOTAL	740	880	915

FUENTE: PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA REGIONAL DE PREVENCION Y CONTROL DE DNT

GRAFICO 4.1

**PERSONAS CON VALORACION CLINICA Y
TAMIZAJE LABORARORIAL**



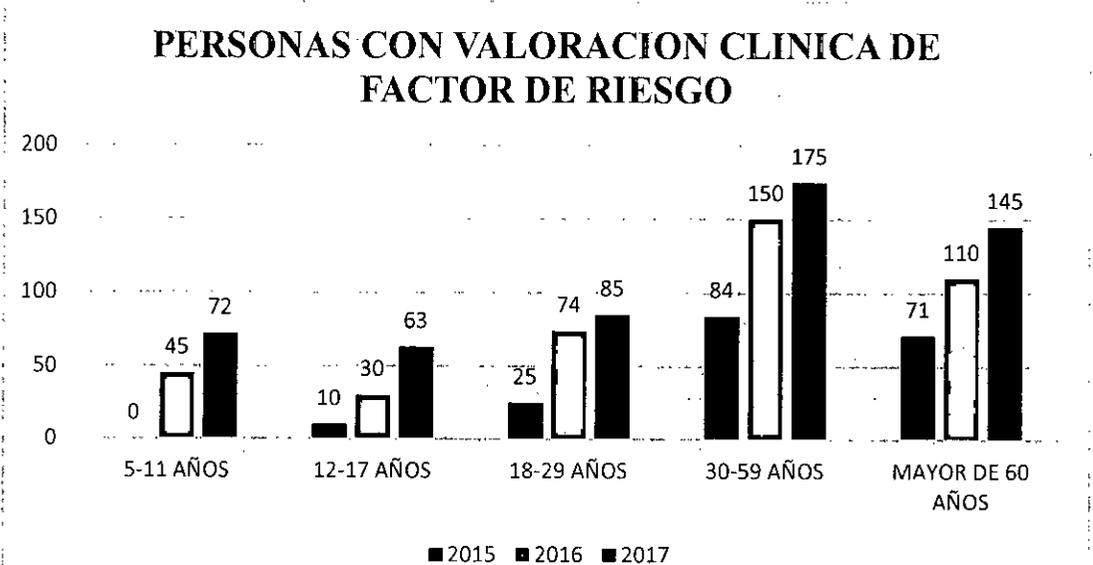
En el Grafico N° 4.1 se puede apreciar que cada año se viene incrementado el número de personas con mayor número de tamizaje laboratorial.

**CUADRO N° 4.2
PERSONAS CON FICHA DE VALORACION CLINICA DE FACTOR
DE RIESGO**

GRUPO ETAREO	2015	2016	2017
5-11 AÑOS	0	45	72
12-17 AÑOS	10	30	63
18-29 AÑOS	25	74	85
30-59 AÑOS	84	150	175
MAYOR DE 60 AÑOS	71	110	145
TOTAL	190	409	540

FUENTE: PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA REGIONAL DE PREVENCION Y CONTROL DE ENT

GRAFICO 4.2



En el Grafico N° 4.2 se puede apreciar que para el 2017 se viene incrementado el número de personas tamizadas para identificar factores de riesgo evidenciando el compromiso del personal de salud en las actividades preventivas promocionales.

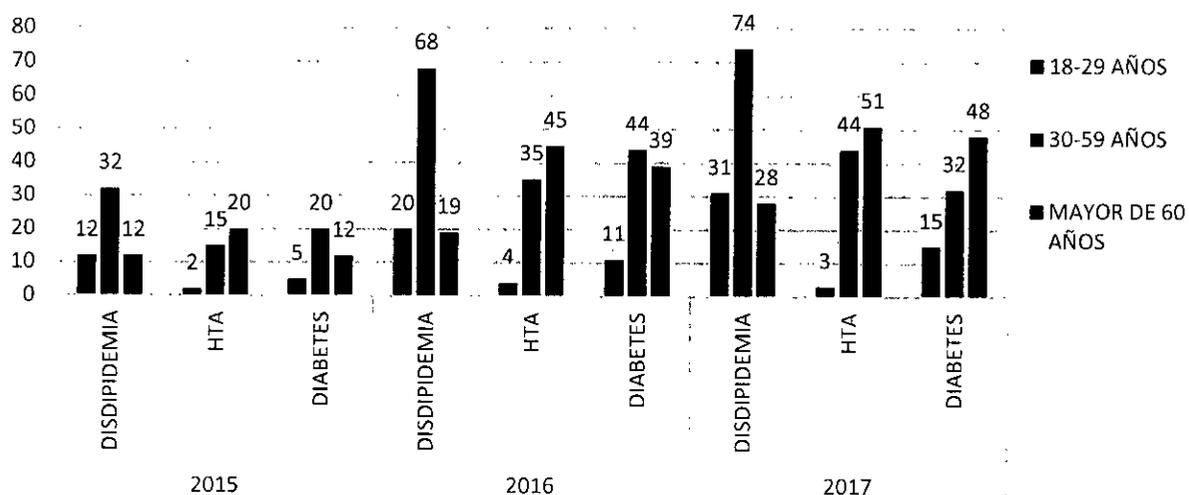
CUADRO N° 4.3
REPORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS

GRUPO ETAREO	2015			2016			2017		
	DISDIPIDEMIA	HTA	DIABETES	DISDIPIDEMIA	HTA	DIABETES	DISDIPIDEMIA	HTA	DIABETES
18-29 AÑOS	12	2	5	20	4	11	31	3	15
30-59 AÑOS	32	15	20	68	35	44	74	44	32
MAYOR DE 60 AÑOS	12	20	12	19	45	39	28	51	48
TOTAL	56	37	37	107	84	94	133	98	95

FUENTE: PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA REGIONAL DE PREVENCION Y CONTROL DE ENT

GRAFICO 4.3

REPORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS



En el Grafico N° 4.3 se evidencia el incremento anual de casos diagnosticados de pacientes con enfermedades crónicas en los años 2015, 2016 y 2017 respectivamente.

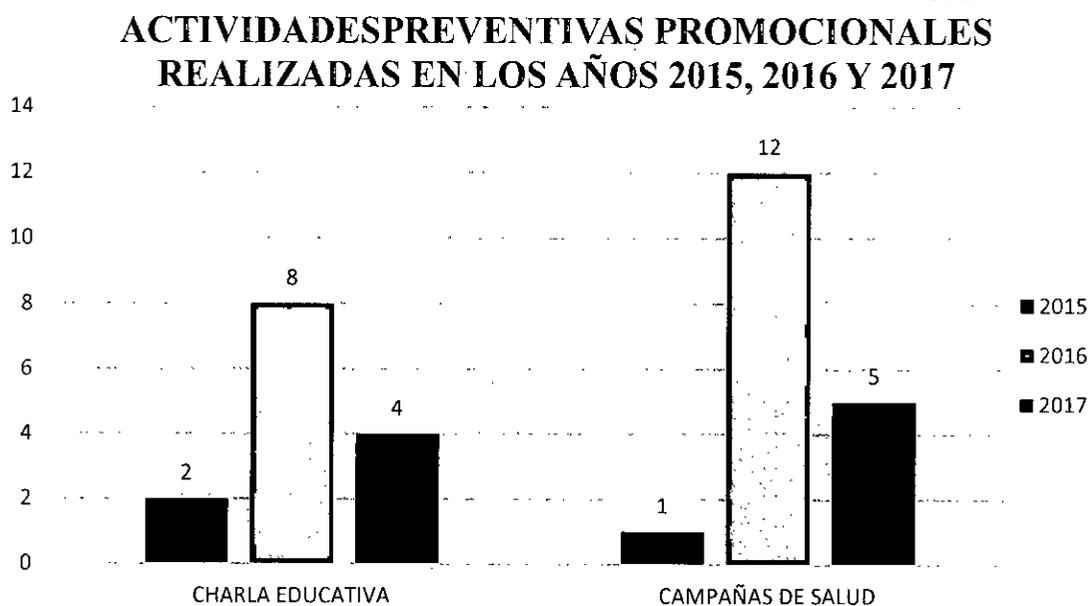
CUADRO N° 4.4

**ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES REALIZADAS
EN LOS AÑOS 2015, 2016 Y 2017**

AÑO	2015	2016	2017
CHARLA EDUCATIVA	2	8	4
CAMPAÑAS DE SALUD	1	12	5
TOTAL	3	20	9

FUENTE: PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA REGIONAL DE PREVENCION Y CONTROL DE ENT

GRAFICO 4.4



En el Grafico N° 4.4 se evidencia las actividades de promoción y prevención realizadas anualmente.

V. CONCLUSIONES

- a) El profesional de enfermería identifica factores de riesgo, mediante la ficha de valoración clínica y tamizaje para poder tomar medidas de control oportunas y eficaces contribuyendo de esa manera a reducir las enfermedades no transmisibles.

- b) La enfermera responsable de la estrategia desarrolla actividades preventivas promocionales conjuntamente con otros profesionales. Durante el año 2017 se llegó al 100% de las metas establecidas.

- c) El profesional de enfermería tiene un rol predominante en la promoción de la salud en el primer nivel de atención, para disminuir los factores de riesgo

- d) El personal de enfermería no cuenta todo el año con material e insumos de laboratorio necesarios para realizar los tamizajes, dificultando la detección oportuna de enfermedades.

VI. RECOMENDACIONES

- A. Que la institución (DIRESA) priorice dentro del plan de capacitación anual al personal de salud acerca de la prevención y control de las enfermedades no transmisibles, con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención a los paciente, acorde con nuestro desempeño profesional.

- B. Que el equipo multidisciplinario actualice constantemente los conocimientos en enfermedades no transmisibles, para realizar una atención con calidad logrando así la satisfacción del del usuario, pues el cuidado de la salud es la razón de nuestra profesión.

- C. Sensibilizar a las futuras generaciones de enfermeras a que se desarrollen estudios en el área de salud familiar y comunitaria y ejerzan tan noble labor.

- D. Que la institución abastezca a todos los establecimientos con los materiales e insumos necesarios para poder realizar los tamizajes de detección y control.

VII. REFERENCIALES

1. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.
2. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles - cumpliendo las 9 metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles 2014; san José de Costa Rica. p.14
3. MINSA. Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención de Daños no Transmisibles: OPS/PERU; 2015.
4. TORRES .M . Dandicourt C, Rodríguez A. "Funciones de Enfermería en la Atención PRIMARIA de Salud". Rev. Cubana Medicina Gen integr. Cuba 2010
5. CARRASCO Fernando: Moreno M y otros. Evaluación de un programa piloto de intervención en adultos con sobrepeso u obesidad en riesgo de diabetes .Chile. 2005.
6. RUÍZ.S. "*La magnitud de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en España*". Edit. Biblioteca Lascasas. España. 2009. (visitado el 7 de noviembre de 2017) Disponible en: www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0464.php
7. Patricia AHG, Blanco brojas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una Reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria. 2011;;p.8.
8. Patricia AHG, Blanco brojas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud. Enfermería Universitaria. ENEO-UNAM. 2011;;p.8.
9. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2005;17(5/6):353–61.

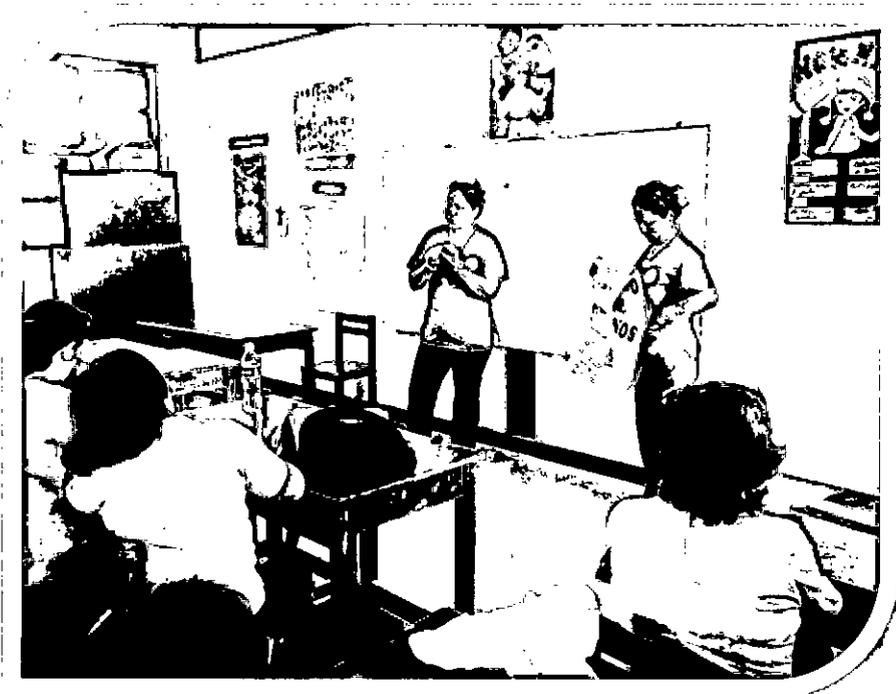
10. Pérez-López, José Humberto; Navarrete-Escobar, Arturo; MéndezLópez, Dulce María; García-Ruiz, Martha Elena; Gómez-López, Víctor Manuel. Epidemiología de la Hipertensión arterial en el adulto mayor. *Archivo Geriatrico*, ene/mar2003, Vol. 6 Issue 1, p9-12, 4p
11. González Martínez, J. Fracisco; Espinosa Rey, Julián; Sánchez Hernández, Virginia; Jiménez Martínez, María del Carmen; Mijangos Lazcano, David. Hipertensión arterial en el adulto mayor / Hypertension in the elder. *Rev. méd. Hosp. Gen. Méx*;60(2):71-4, abr.-jun. 1997. tab.
12. Yach D, Hawkes C, Gould CL, Hofman KJ. The global burden of chronic diseases overcoming impediments to prevention and control. *JAMA* 2004; 291:2616-22.
13. Organización Mundial de la Salud. STEPS Panamericano, método progresivo de la OPS/OMS para la vigilancia de factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles. http://www.who.int/entity/chp/steps/Parte1_Seccion1.pdf
14. Field A, Coakley E, MUST A, Spadano J, Laird N, Dietz W y cols. Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period. *Arch Intern Med* 2001; 161:1581-86.
15. National Institutes of Health. The Sixth Report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of Blood Pressure. NHI Publication; November 1997.
16. National Institutes of Health. The Sixth Report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of Blood Pressure. NHI Publication; November 1997.
17. Dr. Gonzalo Klaassen P. Enfermedad Cerebro Vascular. *Revista de Medicina Interna*. Vol. 6 N° 2 año 2002. Concepcion – Chile
18. Davenport Richard; Dennis Martin. Neurological emergencies: acute stroke[Review]. *J Neurol, Neurosurg Psychiatry*. Volume 68(3), March 2000 ,pp 277-288.

19. Connell S, Bare B. Brunner y Suddarth: Enfermería Médico Quirúrgica. Edición.10a Edición. Editorial Interamericana. España. 2004; (1265, 1297).
20. Seclén Segundo. La Diabetes Mellitus Problema de Salud Pública. Instituto de Gerontología. Perú. 2000; (114,123, 127- 135)
21. Katzung, Bertram G«Chapter 41. Pancreatic Hormones & Antidiabetic Drugs.», Basic & Clinical Pharmacology, 9 edición, McGraw-Hill. ISBN 0071451536. . (2007)
22. Harrison. "Principios de medicina interna" Diabetes Mellitus. Cap. 333. 15va. Edición. Editorial Mc Graw Hill. México 2001
23. Lunney M. Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos. España. Ed. ELSEVIER. 2011
24. López Centeno. Vigilancia de Enfermedades no transmisibles. Boletín epidemiológico. RENACE. 2011 (20). Disponible en : <http://www.dge.gob.pe/boletines/2011/20.pdf>

ANEXOS

ANEXO 01

**CHARLAS EDUCATIVAS PREVENTIVO - PROMOCIONALES EN
INSTITUCIONES EDUCATIVAS**



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia

ANEXO 02

CAMPAÑAS DE EDUCACION PARA LA SALUD CON ADOLESCENTES



FUENTE: Elaboración Propia



FUENTE: Elaboración Propia

ANEXO 03

CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL REGISTRO DE LOS
PACIENTES



FUENTE: Elaboración Propia

ANEXO 04

REGISTRO DE LOS PACIENTES



PERÚ

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES



**REGISTRO NOMINAL DE
USUARIOS CON FACTORES
DE RIESGO**



PERÚ

Ministerio de Salud



DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS
DIRECCION DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES

**REGISTRO NOMINAL DE NIÑOS, ADULTOS Y
ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS Y
DIABETICOS**

*Los Buenos hábitos..... previenen la Diabetes y
la Hipertensión Arterial*

FUENTE: Elaboración Propia

ANEXO 05

DATOS PERSONALES

FECHA DE NAC: _____

DOMICILIO: _____

DNI: _____

DIAGNÓSTICO: _____

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: _____

SOY ALÉRGICO A: _____

CONTROL ELECTROCARDIOGRAMA UNA VEZ AL AÑO



CARNET DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES








H.C.I. _____ EDAD: _____ TALLA: _____

NOMBRES: _____

APELLIDOS: _____

EE. SS. _____

RECUERDA!

- HACER EJERCICIOS FÍSICOS: CAMINHAR 30 MINUTOS DIARIOS.
- CONTROLAR EL STRESS.
- BAJAR DE PESO.
- DISMINUYE CONSUMO DE SAL, CAFÉ, TÉ Y CIGARRILLO.
- EVITA COMER GRASAS DE ORIGEN ANIMAL Y FRITURAS.
- DISMINUYE EL CONSUMO DE AZÚCAR Y HARINAS (PAN, ARROZ, PLATANOS, FIDEOS, YUCA, PAPA, CAMOTE).
- REALIZA PASOS FAMILIARES!

ALMUERZO/CENA



CAFÉ





FUENTE: Elaboración Propia

ANEXO 06



DIRECCION DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES

FICHA IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO PARA PREVENIR LA DIABETES TEST DE FINDRISK

Nombre y Apellidos: _____

EDAD: años Mujeres al día: SI NO

¿SABE USTED QUE RIESGO TIENE DE DESARROLLAR DIABETES TIPO 2?

1. Año de nacimiento:

2. SEXO: Masculino Femenino

3. Índice de masa corporal:

Para que calculemos su IMC (utilice los siguientes datos)

Peso	<input type="text"/>	kg
Altura	<input type="text"/>	metros

(Peso/Altura²)

4. Circunferencia de cintura:

Para 1: La persona debe estar de pie y con ropa ligera. Utilizar el punto intermedio entre la última costilla y la cresta ilíaca.

Para 2: Colocar el cintero en el punto intermedio, alrededor de la cintura y medir al final de una respiración con el abdomen relajado.

Hombres	Mujeres
1 < de 94 cm	1 < de 80 cm
2 94 - 102 cm	2 80 - 85 cm
3 > 102 cm	3 > 85 cm



5. Realiza habitualmente el menos 30 minutos de actividad física cada día (o 150 minutos/semana), en el trabajo y/o en el tiempo libre?

Op	Si
3p	No

6. ¿Come frutas y verduras todos los días?

Op	Si
3p	No

7. Padece de Hipertensión Arterial (PA > 140/90 mmHg) y/o ¿Toma medicamentos antihipertensivos?

Op	No
3p	Si

8. ¿Le han encontrado alguna vez valores de glucosa altos (por ejemplo, en un control médico, durante una enfermedad, durante el embarazo)?

Op	No
3p	Si

9. ¿Alguna vez le han encontrado triglicéridos altos (mayores de 250 mg/dl) o HDL bajo (menor de 35 mg/dl)?

Op	No
3p	Si

EQUIPO TÉCNICO DE LA ESTRATEGIA NO TRANSMISIBLES

NO	<input type="text"/>
SI (padres, hermanas o hijos)	<input type="text"/>

Op	No
3p	Si (padres, hermanas, hijos)

Menos de 7 puntos: Riesgo bajo	<input type="text"/>
Entre 7 y 11 puntos: Riesgo ligeramente elevado	<input type="text"/>
Entre 12 y 14 puntos: Riesgo moderado	<input type="text"/>
Entre 15 y 20 puntos: Riesgo alto	<input type="text"/>
Más de 20 puntos: Riesgo muy alto	<input type="text"/>

FUENTE: Elaboración Propia